Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Urządzenie do krioterapii
Nazwa producenta: ……
Nazwa i typ: .....
Rok produkcji: nie wcześniej niż 2021 r.
Ilość: 2 szt.
Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2021), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

l.p.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1	Czynnik chłodzący: Ciekły azot	Tak	
2	Temperatura strumienia gazu (przy wylocie dyszy): od -110 °C do -160 stopni °C	Tak, podać	
3	Pojemność zbiornika: min. 30L	Tak, podać	
4	Do aparatu dedykowana dodatkowa butla na azot o pojemności min. 30 L	Tak	
5	Ekran: LED	Tak	
6	Minimum 7 stopni mocy urządzenia (4 + 2 pulsacyjne + krioakupunktura)	Tak podać	
7	możliwość zaprogramowania czasu zabiegu	Tak	
8	Zasilanie: 230 V +/- 10 %	Tak	
9	Zużycie ciekłego azotu - podczas zabiegu: od 6,4 do 12,8 dkg/min (praca ciągła)	Tak, podać	
10	Pomiar wagowy ilości azotu w zbiorniku: wbudowana waga	Tak	

Lp.	Warunki serwisu	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1.	W cenie oferty Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia przeglądów przez okres gwarancji w ramach zaoferowanej ceny, liczonych od daty bezusterkowego protokolarnego przekazania sprzętu, przy czym ostatni przegląd powinien odbyć się na miesiąc przed zakończeniem ww. okresu, przeglądy powinny się odbywać zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesiące	**Tak**	
2.	Wszystkie czynności serwisowe, w tym podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego	**Tak**	
3.	Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok	**Tak**	

Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

Lp.	Warunki serwisu	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
4.	Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy	**Tak**	
	Szkolenia		
5.	Instruktaż dla personelu medycznego – min. 5 osób	**Tak**	
6.	Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy)	**Tak**	
7.	Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzenia – jeżeli dotyczy,	**Tak**	
8.	Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	**Tak**	

UWAGI: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie *Parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:
- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB
- PODPISEM ZAUFANYM LUB
- PODPISEM OSOBISTYM